FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Pierre ROUCHAUD

Né le 20 novembre 1901 à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES BLÉPHAROPLASTIES

NOUVEAU PROCÉDÉ DE PLASTIQUE PALPÉBRALE

Président : M. F. TERRIEN, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

VIDAL JMA

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
BRAMI . . .	Pathologie médicale.
LGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
UBERTIN . .	Pathologie médicale.
ASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
AUDOUIN . .	Pathologie médicale.
INET	Physiologie.
ANCHETIÈRE . . .	Chimie biologique.
RANCA . . .	Histologie.
RULÉ	Pathologie médicale.
... .	Pharmacologie et matière médicale.
ADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
HAMPY . . .	Histologie.
HIRAY . .	Pathologie médicale.
LERC . . .	
EBRÉ	Hygiène.
de JONG . .	Anatomie pathologique.
UVOIR . . .	Médecine légale.
CALLE . . .	Obstétrique.
IESSINGER	Pathologie médicale.
OIX	
-ARNIER. . .	Pathologie expérimentle.
IARVIER. . .	Pathologie médicale.
IEITZ-BOYER	Urologie.

MM	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ(Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie
N.....	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER. . .	Obstétrique.
MOCQUOT .	Pathologie chirurgicale
MONDOR. .	
MOURE. . .	
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils .	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL .	Obstétrique.
VELTER . . .	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT. .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
REFTERER. .	Histologie.

66819

— IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU .	
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.
LEREBOULLET . . .	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER. . .	
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
N....	Clinique médicale.
SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Le Docteur René ROUCHAUD
Officier de la Légion d'Honneur

A MA MÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

A MES ONCLES

Le Docteur Paul PERRIN
Officier de la Légion d'Honneur

Le Docteur James ROUCHAUD
Officier de la Légion d'Honneur

Le Docteur Marcel LEXA
Chevalier de la Légion d'Honneur

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN

Professeur de Clinique ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris

Hommage respectueux de profonde reconnaissance.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur DUPUY-DUTEMPS

Ophtalmologiste de l'Hôpital Saint-Louis
Médecin-Chef de la Fondation Ophtalmologique A. de Rothschild

En témoignage respectueux de gratitude pour le bienveillant intérêt qu'il nous a porté et pour les savantes directives qu'il a bien voulu nous prodiguer pour mener à bonne fin notre travail.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

Monsieur le Professeur CHAUFFARD, 1920.
Monsieur le Docteur Julien HUBER, 1920.
Monsieur le Professeur LEJARS, 1921.
Monsieur le Professeur BEZANÇON, 1921.

Externat

Monsieur le Docteur DUJARIER, 1922.
Monsieur le Professeur agrégé MATHIEU, 1922.
Monsieur le Professeur agrégé Noël FIESSINGER, 1923.
Monsieur le Professeur agrégé LE LORIER, 1924.
Monsieur le Professeur MARFAN, 1924.
Monsieur le Docteur LOUSTE, 1925.
Monsieur le Docteur BOIDIN, 1925.
Monsieur le Professeur TERRIEN, 1925.
Monsieur le Docteur DUPUY-DUTEMPS, 1926.

A Messieurs les Docteurs

M. THALHEIMER, J. DEBRAY, R. GUEULLETTE

CHAPITRE I

—

HISTORIQUE ET ÉTUDE DES BLÉPHAROPLASTIES

Depuis la plus haute antiquité, l'esprit humain s'est ingénié, dans un but, à l'origine, vraisemblablement plus esthétique que thérapeutique, à combler les pertes de substance cutanée, et, plus particulièrement, celles de la face, par des greffes. Deux grands procédés ont été et demeurent en honneur : la greffe cutanée pédiculisée ou autoplastie et la greffe cutanée libre ou hétéroplastie.

Pour la reconstitution des paupières détruites, les chirurgiens sont longtemps restés fidèles à l'adage de Celse : « Si minium palpebrae deest, nulla id curatio restituere potest ». — Ce n'est, en effet, qu'au commencement du siècle dernier, que de Graefe pratiqua le premier la blépharoplastie par autoplastie, c'est-à-dire la réfection des pertes de substance, qu'une opération ou qu'une rétraction cicatricielle ont fait subir aux paupières, par des lambeaux pédiculés. De Graefe en don-

na les indications sommaires dans son *Traité de Rhinoplastie*, en 1818.

Les auteurs allemands et principalement. Fricke (de Hambourg), qui publia en 1829 un travail très complet et très intéressant, Langenbeck, Blasius contribuèrent à vulgariser cette opération. Ce n'est qu'en 1835, que Jobert et Blandin pratiquèrent pour la première fois, en France, la Blépharoplastie par autoplastie et, c'est surtout dans notre pays, depuis cette époque, que, grâce aux ressources de plus en plus grandes de la chirurgie, la réfection des paupières subit d'importants perfectionnements. Les différentes méthodes de greffes cutanées, employées en chirurgie générale, guidèrent les pionniers de la blépharoplastie.

La reconstitution d'une paupière détruite peut se faire :

Soit, par autoplastie,

Soit, par hétéroplastie.

L'autoplastie peut-être pratiquée :

— Soit par la méthode indienne,

— Soit par la méthode française, dite de Celse,

— Soit par la méthode par pivotement ou de Denonvilliers,

— Soit par la méthode italienne.

La méthode indienne est la plus ancienne ; c'est elle qu'appliquèrent de Graefe et Dzondi, Jobert et Blandin. On taille un lambeau cutané, pédiculé, au voisinage de la perte de substance à recouvrir, puis, on rabat ce lambeau sur la plaie par une torsion plus ou moins grande du pédicule. Cette méthode, qui permettait d'obtenir de

grands lambeaux, doit être aujourd'hui abandonnée, au profit de la méthode par pivotement.

La méthode française ou par glissement ne s'applique qu'aux petites pertes de substance. Les lambeaux sont disséqués dans les tissus voisins de la paupière, que l'on se projette de restaurer et sont amenés à leur nouvelle position, par simple glissement, soit par simple dissection, soit par des incisions libératrices. Les procédés, se rattachant à cette méthode, les plus employés sont ceux de Dieffenbach, de Knapp et de Burrow. En 1885, Landolt décrivit une technique opératoire intéressante, reprise depuis par Tripier (de Lyon).

Dans cette technique, Landolt, après avoir divisé la paupière en deux plans, superficiel et profond, fait glisser le plan superficiel sur le plan profond.

La méthode par pivotement combine les deux méthodes précédentes. Fricke l'employa pour la première fois, mais c'est à Denonvilliers que revient l'honneur de l'avoir bien mise en valeur, en 1856. Cruveilhier y contribua également quelques années plus tard (1866). On taille un lambeau pédiculé, dans la région temporale pour la paupière supérieure, dans la région jugale pour la paupière inférieure et on le rabat sur la perte de substance, en empêchant la torsion du pédicule, par une large dissection de celui-ci.

De cette méthode, il convient de rapprocher la blépharoplastie à lambeau cervical décrite par Snydacker, en 1905 et la blépharoplastie à double lambeau symétrique, en cas de perte de substance médiane, décrite par Rollet, en 1903.

La méthode par pivotement est très employée et donne de bons résultats, surtout dans les cas de destruction d'une paupière dans toute sa hauteur et dans toute sa largeur.

La méthode italienne, imaginée pour les greffes cutanées au xv^e^ siècle par Branca et Tagliacozzi, trouve aussi son application dans les cas de réfection des paupières, le lambeau pédiculé étant pris dans la région brachiale et le membre étant maintenu en bonne position par un appareil spécial.

L'hétéroplastie est de date plus récente et fut pratiquée par J. Reverdin, en 1869 ; il s'agissait alors de greffes épidermiques prélevées à la cuisse ou à la jambe.

Actuellement, les ophtalmologistes ont le choix entre la greffe cutanée (procédé de Lefort), dans laquelle, on prend toute la peau sauf le tissu adipeux et, mieux, la greffe dermo-épidermique, comprenant l'épiderme et les parties les plus superficielles du derme, méthode mise en valeur par Ollier (1872) et par Thiersch (1874).

De tous ces procédés, la blépharoplastie à pédicule, et surtout la méthode de Denonvilliers, sont de beaucoup préférables, car le lambeau pédiculé a une vitalité plus grande et ne se rétracte que peu.

Mais, dans tous les cas, le lambeau, dans sa nouvelle position, est soumis à la double action de la cicatrisation et de la rétractilité de la greffe ; il fallait donc rendre immobiles les paupières reconstruites.

Mirault (d'Angers), en 1842, imagina de pratiquer la blépharorraphie et de maintenir la suture des pau-

pières, pendant un certain temps. Ce n'est qu'en 1851, qu'il fit connaître ce perfectionnement. Maisonneuve, en 1846 et 1847, avait déjà publié des observations de blépharorraphie. De même, Huguier en 1849, combina blépharorraphie et incision de Celse. Mais c'est Denonvilliers, qui allia occlusion et blépharoplastie par pivotement.

Mais tous ces procédés, devenus classiques, n'ont pour but que la restauration du plan cutané de la paupière et dans le cas de destruction de cette paupière, dans toute son épaisseur, le plan tarso-conjonctival n'est pas reconstitué.

Il n'y a donc ni squelette ni muqueuse, en particulier. De plus, le lambeau cutané, peu soutenu, a tendance à s'enrouler.

La présence du tarse et surtout celle de la muqueuse n'est pas nécessaire, il est vrai, quand le globe oculaire a été énucléé et, quand il ne s'agit que de refaire une paupière, pour maintenir par la suite une pièce de prothèse. Par contre, lorsque le globe oculaire conserve son intégrité, il est de beaucoup préférable de laisser la conjonctive bulbaire, non pas directement au contact du tissu sous-cutané de la greffe, mais au contact d'une muqueuse ; cette remarque étant surtout intéressante et importante, dans le cas de réfection de la paupière supérieure, qui recouvre la cornée.

On peut refaire le squelette tarsien seul, au moyen de greffes chondro-dermiques, le fragment de cartilage étant prélevé au pavillon de l'oreille et surtout à la face postérieure de l'hélix, combinant ou non ces greffes,

suivant les cas, avec une blépharoplastie à pédicule.

Dans le but de restaurer le plan conjonctival, certains auteurs avaient préconisé la pratique de greffes conjonctivales, les lambeaux étant pris, soit sur la conjonctive d'animaux, du lapin principalement, soit sur d'autres muqueuses des malades : muqueuses labiale, vaginale.

Mais ces greffes muqueuses se résorbaient très rapidement et les résultats étaient très peu encourageants.

D'autres auteurs (Michel, Terrien, Morax) remplacent l'épithélium conjonctival détruit par de l'épiderme, soit en repliant en dedans le bord supérieur du lambeau, ayant servi à la greffe cutanée, de façon à l'adosser à lui-même, soit en pratiquant à la face profonde du lambeau cutané, les greffes épidermiques ou dermo-épidermiques.

Nous rangeant à l'avis de nombreux chirurgiens ou ophtalmologistes, il nous semble plus logique, dans les cas de destruction de la paupière dans toute son épaisseur, de la reconstituer dans tous ses éléments (peau, tarse, conjonctive), au moyen des éléments identiques de l'autre paupière. Et cette méthode est d'autant plus applicable qu'il existe toujours trop de tissus aux paupières et à la paupière supérieure en particulier.

Denonvilliers et ses élèves (Thèse de Cazelles) la préconisèrent, dès 1860. Ils pratiquaient une blépharorraphie, puis, plusieurs mois, après, ils taillaient, en plusieurs reprises, une nouvelle fente palpébrale, à travers le diaphragme cutanéo-tarso-conjonctival ainsi réalisé. Il fallait détruire auparavant ou épiler ensuite les cils et

finalement, il n'existait ni cils à la paupière supérieure, ni cils à la paupière inférieure.

Gradenigo, en Italie, Panas, Kalt, Valude, en France, appliquèrent cette technique, qui leur donna de bons résultats. Mais, si l'anatomie était satisfaite, l'esthétique, par contre, l'était peu, par suite de la destruction des cils.

Landolt, en 1880, faisant observer que : « les surfaces avivées étaient très étroites et de plus, formées en grande partie par du tarse, des glandes, des cils et souvent par du tissu cicatriciel, tout cela n'étant nullement favorable à la réunion », décrivit un nouveau procédé de blépharoplastie, au moyen de la paupière opposée.

Considérant la paupière comme formée de 2 plans : un superficiel (peau, cils et muscle orbiculaire) et un, profond (tissu conjonctif sous-musculaire avec plexus veineux, tarse et conjonctive), il séparait la paupière saine en 2 plans, par une incision intermarginale, obtenant ainsi deux larges surfaces avivées et bien vascularisées ; puis, glissait, entre ces deux plans, les parties restantes, avivées sur leurs faces superficielle et profonde, de la paupière détruite.

Dans ses observations, c'est la conjonctive qu'il insinue entre les deux plans, la peau ayant été détruite par brûlures ou nécroses osseuses voisines. Il avait ainsi, disait-il, une blépharorraphie solide, à travers laquelle il n'avait plus qu'à tailler, plus tard (3 mois environ) une nouvelle fente palpébrale et à recouvrir les deux surfaces de sections par de la conjonctive. Mais, dans ce procédé, les cils qui, par suite de la blépharorraphie, siègent au

milieu de la nouvelle paupière reconstituée, doivent être épilés et leur absence, au bord de la paupière saine, qui a servi à la blépharoplastie produit un effet disgracieux. Le procédé de Landolt permet aussi, disait cet auteur, de refaire les deux paupières, quand celles-ci ont été détruites, toutes les deux, dans leur moitié externe ou interne, en faisant glisser les deux plans : superficiel et profond, de façon à doubler leur hauteur.

Nous résumant donc, nous constatons que, si ces dernières techniques ont le grand avantage sur les procédés classiques de refaire la paupière dans toute son épaisseur, le résultat esthétique n'est pas obtenu. Aussi, Köllner (de Berlin) publia en 1911 un nouveau procédé.

Il taille et dissèque à la face profonde de la paupière supérieure un lambeau de tarse, qu'il laisse adhérent à la conjonctive du cul-de-sac supérieur. Ce lambeau suturé en bas, forme le squelette de la paupière inférieure manquante. La peau est remplacée par des greffes de Thiersch. Le pédicule conjonctival est sectionné 7 à 8 jours plus tard.

Notre Maître, M. Dupuy-Dutemps, a conçu un nouveau procédé de plastique palpébrale, qui, comme on le verra dans les pages qui suivent, paraît devoir donner toutes satisfactions.

CHAPITRE II

—

NOUVEAU PROCÉDÉ DE PLASTIQUE PALPÉBRALE TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Premier temps :

Incision intermarginale du bord libre de la paupière saine, incision prolongée dans le sens frontal, de façon à diviser cette paupières en deux feuillets :

— Un feuillet superficiel, cutané.

— Un feuillet profond, tarso-conjonctival (Fig. III-1).

La lèvre postérieure, tarso-conjonctivale, est suturée, par un surjet au catgut fin, au bord du plan tarso-conjonctival restant de la paupière à reconstituer (Fig. III-2).

La lèvre antérieure, cutanée est suturée, par des points au fil de soie, au bord de la brèche cutanée (Fig. III-2).

Deuxième temps :

Blépharoplastie cutanée (pratiquée quelque temps après l'exécution du premier temps).

1° Incision du plan cutané, le long du bord ciliaire de la paupière saine, c'est-à-dire au niveau de la suture cutanée. Par dissection et clivage, récliner le feuillet superficiel (cutané) de la paupière saine (Fig. III-3).

2° Recouvrement de la surface cruentée tarso-conjonctivale, ainsi mise à nu, par un lambeau pédiculé (1 ou 2

Fig. I. — Paupière détruite avant toute intervention
En hâchures le plan Tarso-conjonctival.

pédicules), pris dans la région voisine, le plus souvent, au niveau de la paupière saine (Fig. III-4).

3° Suture d'un des bords de ce lambeau pédiculé à la brèche cutanée détruite et de l'autre bord, au bord ciliaire de la paupière saine. Suture des deux lèvres de la plaie d'emprunt (Fig. III-4).

Troisième temps :

Libération de la blépharorraphie (quelque temps après l'exécution du deuxième temps).

1° Incision du plan cutané, le long du bord ciliaire de la paupière saine, les cils restant fixés à celle-ci (Fig. III-5).

2° Incision du plan tarso-conjonctival, au niveau de ce bord ciliaire (Fig. III-5).

3° Section du pédicule cutané.

La paupière, précédemment détruite, est alors constituée (Fig. III-6) :

— D'une part, d'un feuillet cutané, c'est le lambeau pédiculé.

— D'autre part, d'un feuillet tarso-conjonctival provenant de la paupière saine.

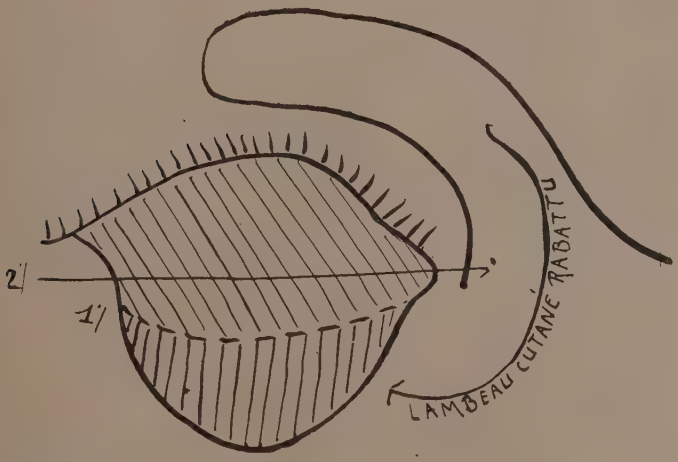

Fig. II. — En 1° on pratique la suture des plans tarso-conjonctivaux supérieur et inférieur (1er temps opératoire).
En 2° on sectionne (3e temps opératoire) le diaphragme tarso-conjonctival.

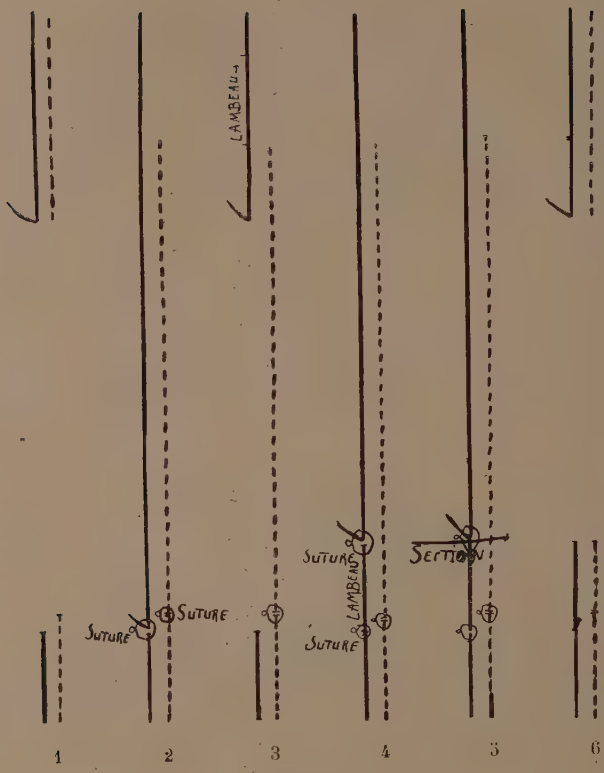
LAMBEAU
SUTURE
SUTURE
SUTURE
LAMBEAU
SUTURE
SECTION
1
2
3
4
5
6

FIG. III

CHAPITRE III

—

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Epithélioma cutané et tarso-conjonctival de la paupière inférieure.*

M. For..., âgé de 70 ans, se présente le 5 août 1925. à la consultation de la Fondation ophtalmologique A. de Rothschild.

Il est atteint d'un large épithélioma ulcéré de la paupière inférieure droite, occupant en largeur les trois quarts internes de cette paupière et dans le sens vertical, toute la hauteur de celle-ci et s'étendant même au-delà, sur la joue, dans sa partie interne. La partie correspondante du bord ciliaire est détruite et la tumeur s'étend à la face muqueuse de la paupière, jusqu'au cul-de-sac conjonctival inférieur et à la région de la caroncule.

On décide d'intervenir chirurgicalement, en pratiquant une large exérèse, comprenant la paupière inférieure dans toute son épaisseur ; on ne laissera subsister que la commissure externe et la région palpébrale inférieure, immédiatement adjacente.

Cette exérèse quasi-totale devra être comblée au moyen d'une blépharoplastie.

Pour celle-ci on utilisera ;

1° Une partie du tarse et de la conjonctive de la paupière supérieure qui formera le feuillet profond de la nouvelle paupière inférieure.

2° Un lambeau cutané pédiculé, pris dans la région médio-frontale et devant combler la large perte de substance cutanée.

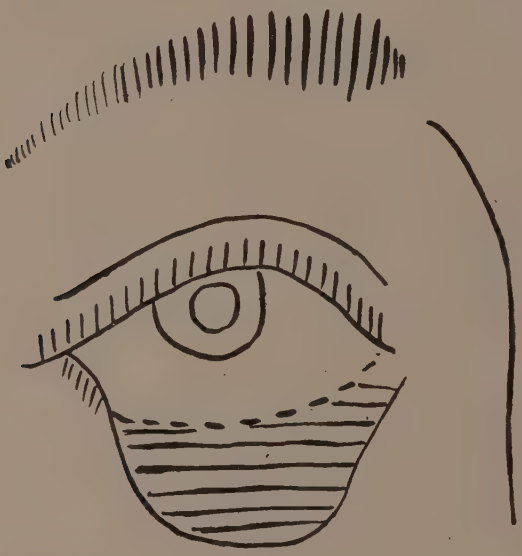

Fig. IV

3° Ultérieurement, un lambeau cutané en pont, c'est-à-dire à deux pédicules, pris à la paupière supérieure, sera inséré dans la brèche cutanée, créée, en disséquant et en relevant le bord ciliaire de la paupière supérieure et viendra s'ajouter au lambeau cutané, déjà en place, pour compléter la hauteur de la paupière inférieure.

Le 11 août 1925, est pratiqué le PREMIER TEMPS OPÉRATOIRE.

Anesthésie locale à la novocaïne.

On excise d'abord largement, dépassant même leurs limites,

les parties malades, comprenant dans l'excision la paupière inférieure, dans toute son épaisseur. La conjonctive est excisée jusqu'au fond du cul-de-sac et la peau, dans toute la partie interne et jusqu'au-delà du rebord orbitaire ; la commissure interne et la caroncule sont également sacri-

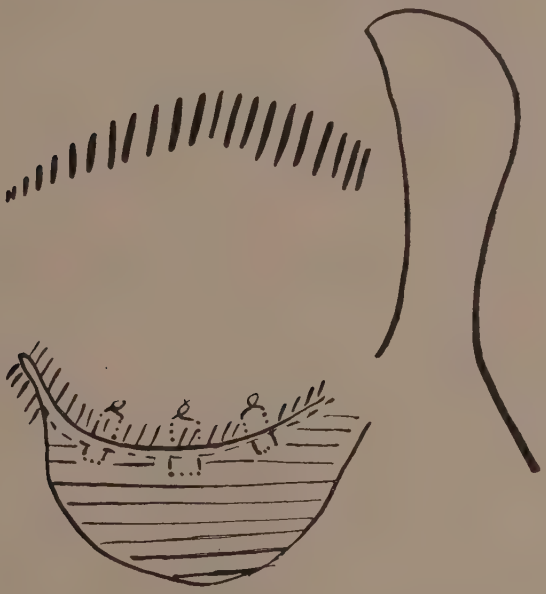

Fig. V

fiées ; la commissure externe et la partie immédiate voisine sont respectées (Fig. IV).

On incise, dans le plan frontal, la paupière supérieure et la marge postérieure de son bord ciliaire est avivée et fixée au bord de ce qui reste de la conjonctive inférieure par des fils en U, qui sont noués à la face cutanée de la paupière supérieure (Fig. V).

Enfin un lambeau pédiculé, pris verticalement sur la face externe du nez et la partie médiane du front, est, par pivo-

tement, rabattu, venant combler la large perte de substance cutanée.

Des sutures sont pratiquées avec des fils de soie : d'une part, en bas, du bord inférieur du lambeau ainsi rabattu avec la lèvre de l'excision cutanée ; d'autre part, en haut, du bord supérieur du lambeau, avec la marge antérieure (cutanée) du bord ciliaire de la paupière supérieure.

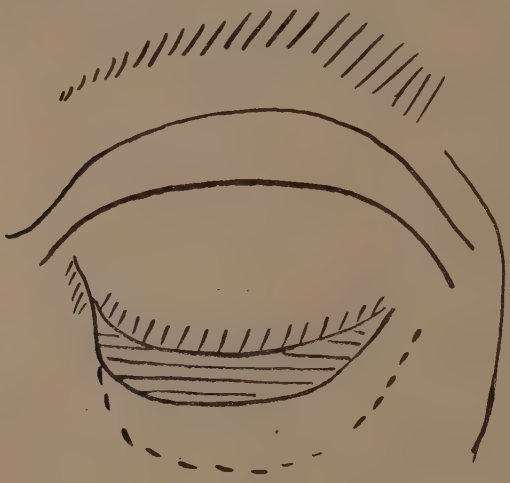

Fig. VI

Les fils sont enlevés le 17 août 1925. Une bonne occlusion palpébrale a été obtenue ; la greffe a pris en totalité.

Le 5 octobre 1925, le pédicule en lambeau cutané est excisé, au niveau de la racine du nez.

16 octobre 1925 : Deuxième temps opératoire.

1° La partie cutanée seule du bord ciliaire de la paupière supérieure est libérée.

On laisse en place et intact le plan profond tarso-conjonctival, tout en relevant le bord ciliaire. Une surface elliptique, tarso-conjonctivale, cruentée, apparaît.

2° Cette surface est recouverte par un lambeau cutané à

deux pédicules, en pont, pris à la paupière supérieure. Les bords sont suturés : d'une part, en bas, au bord supérieur de la greffe, pratiquée précédemment, d'autre part, en haut, au bord ciliaire de la paupière supérieure (Fig. VI).

3° Suture de la plaie d'emprunt.

27 octobre 1925 : Ouverture de la fente palpébrale : section aux ciseaux de la blépharorraphie cutanée et section du diaphragme tarso-conjonctival, au niveau du bord ciliaire.

La paupière inférieure est donc reconstituée :

1° par un lambeau tarso-conjonctival, provenant de la paupière supérieure.

2° par un lambeau cutané frontal, exhaussé par la greffe cutanée palpébrale.

7 avril 1926 : Le malade est revu à cette date, c'est-à-dire huit mois après la première intervention. On ne constate aucune apparence de récidive.

La paupière inférieure,de hauteur normale, à peau un peu épaisse, est bien doublée de conjonctive,sans tendance à l'entropion et ne provoque pas d'irritation oculaire.

La paupière supérieure a subi un raccourcissement très peu apparent, ne gênant pas l'occlusion palpébrale. Son bord ciliaire est aminci, par suite de la disparition de la partie marginale du tarse ; les cils sont conservés ; il n'existe pas d'entropion, en raison de ce fait, que les ablations tarso-conjonctivale et cutanée se sont compensée.

Obs. II. — M. Collin, âgé de 76 ans, vient consulter le 21 septembre 1925,à la fondation ophtalmologique A. de Rothschild.

Il a perdu l'œil droit,dans l'enfance. A l'œil gauche est constatée une cataracte complète avec bonne projection lumineuse.

Il existe en outre un large colobome traumatique de la paupière supérieure (Fig. VII), consécutif à une chute dans un escalier, deux ans auparavant. Ce colobome occupe tout le tiers interne ; il ne s'agit pas d'une section simple, mais

d'une destruction de la paupière dans toute son épaisseur et principalement du tarse et du tissu fibreux, qui lui fait suite en haut. De plus, la paupière est fixée par ses plans profonds cicatriciels au bord de l'orbite. Les paupières fermées, l'œil reste à découvert dans l'aire du colobome. Il n'existe pas de

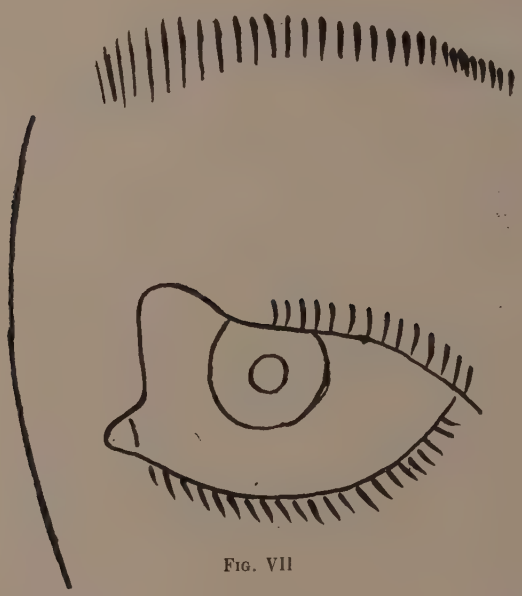

Fig. VII

signes d'irritation oculaire, mais, pour pratiquer l'opération de la cataracte et obtenir des résultats satisfaisants, n'oubliant pas que l'autre œil est perdu, il est nécessaire d'assurer l'occlusion complète des paupières, par la réfection de la paupière supérieure.

13 octobre 1925: Premier temps opératoire. Blépharorraphie.

Suture, après avivement, du bord ciliaire de la paupière inférieure au bord du colobome, en dedans et au bord ciliaire de la paupière supérieure, en dehors (Fig. VIII).

30 octobre 1925 : Deuxième temps opératoire.

Incision n'intéressant que le plan cutané, le long de la ligne d'union des deux paupières.

Le bord ciliaire de la paupière inférieure et le plan cutané sont disséqués et abaissés ; la réunion des plans profonds est

Fig. VIII

laissée intacte. Sur la surface cruentée elliptique,ainsi mise à nu, on greffe un lambeau cutané, à deux pédicules, pris à la paupière inférieure, suturé en haut et en bas. Suture de la plaie d'emprunt (Fig. IX).

10 novembre 1925 : Section et implantation des deux pédicules cutanés.

1er décembre 1925 : Section du plan cutané et du plan tarso-conjonctival, au niveau du bord ciliaire de la paupière inférieure.

Ainsi, le colobome est comblé d'une façon parfaite :

1° par une partie tarso-conjonctivale de la paupière inférieure ;

2° par le lambeau cutané.

L'occlusion de l'œil est satisfaisante. La paupière inférieure est amincie, par suite de la disparition du tarse, dans sa partie interne ; ses cils sont conservés (Fig. X).

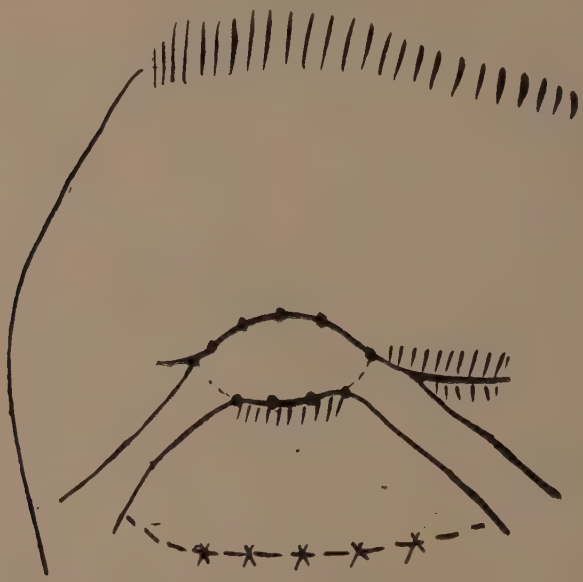

Fig. IX

La cataracte a été opérée ultérieurement avec résultats très appréciables.

Obs. III. — Le 7 janvier 1926, Madame Ral.. , âgée de 69 ans, se présente à la consultation de la Fondation Ophtalmologique A. de Rothschild.

Elle est atteinte d'un épithélioma cutané et tarso-conjonctival de la paupière inférieure gauche. Le néoplasme occupe

FIG. 1

FIG. 2

toute la moitié interne de la paupière ; il a détruit le bord ciliaire et envahi le tarse dans toute sa hauteur, sans atteindre apparemment le fond du cul-de-sac conjonctival. Le point lacrymal est englobé dans un tissu néoplasique, non encore altéré. Du côté de la peau, la tumeur s'étend plus loin vers

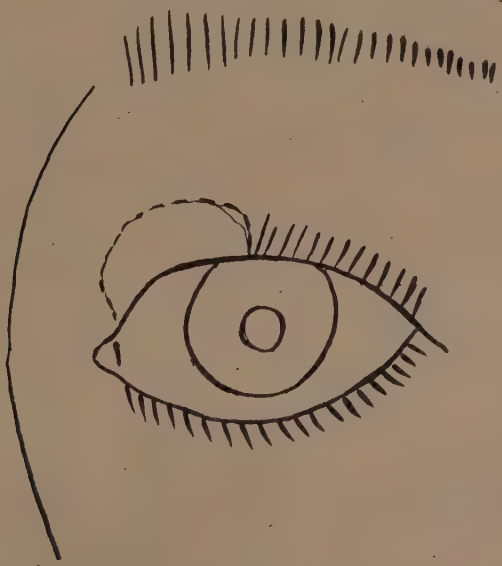

Fig. X

le bas, atteignant la limite inférieure de la paupière (voir Planche I, Fig. 1).

Le 8 janvier 1926 est pratiqué le PREMIER TEMPS OPÉRATOIRE.

1° Excision entre deux pinces de Kocher, de l'épithélioma, dépassant largement ses limites, allant même jusqu'au cul-de-sac inférieur ; le point lacrymal est compris dans l'excision ;

2° Incision intermarginale du bord ciliaire de la paupière

supérieure. La lèvre postérieure de cette incision est réunie par un surjet au catgut à ce qui reste de la conjonctive palbébrale inférieure, au niveau du cul-de sac. Ainsi se trouve constitué le plan profond continu, muco-muqueux. La lèvre antérieure est suturée par des fils de soie au bord cutané de l'excision (voir Fig. XI).

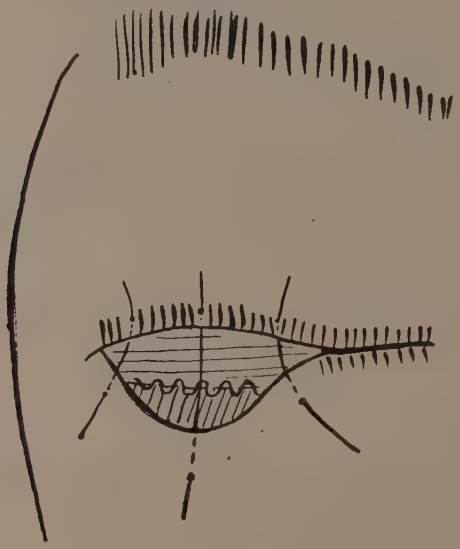

Fig. XI

Le 29 janvier 1924 : DEUXIÈME TEMPS OPÉRATOIRE, blépharoplastie cutanée.

1° On incise, le long du bord ciliaire de la paupière supérieure le plan cutané, laissant intact le plan profond, tarso-conjonctival. On dissèque le plan cutané de la paupière supérieure, de façon à relever son bord ciliaire, mettant ainsi à nu le plan tarso-conjonctival.

2° On prélève dans la partie haute de la paupière supérieure un lambeau cutané à pédicule interne que, par pivote-

ment, on insère dans l'aire créée par le relèvement du bord ciliaire et dont on suture les bords supérieur et inférieur. La plaie d'emprunt est suturée (Fig. XII).

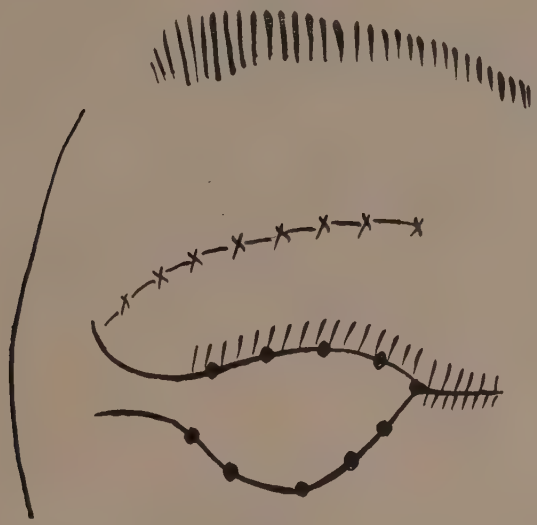

Fig. XII

N. B. — Cette inclusion du lambeau cutané pédiculé aurait pu être pratiquée, dès la première intervention, aussitôt après la suture au catgut des plans profonds. Mais il a paru plus prudent pour éviter l'infection et l'infiltration de larmes et de sécrétions, au travers de cette suture, complications qui auraient pu entraver la greffe cutanée, d'attendre que la coaptation tarso-conjonctivale soit complète.

De plus, notons que l'on peut mieux apprécier, après la cicatrisation, le relèvement que l'on peut obtenir, la situation du lambeau cutané et les dimensions à lui donner.

16 février 1926 : troisième temps opératoire, section, le long du bord ciliaire supérieur du plan cutané et du plan tarso-conjonctival. La brèche palpébrale est ainsi comblée :

d'une part, par la peau du lambeau transplanté, d'autre part, par un plan profond (tarse et conjonctive) provenant de la paupière supérieure.

26 février 1926 : Le pédicule, resté trop saillant et recouvrant la commissure interne, est régularisé, sectionné et inséré dans le tégument voisin.

19 mars 1926 : Le résultat final est apprécié. La plaie d'emprunt de la paupière supérieure est invisible. A la paupière inférieure, le bord palpébral décrit sa courbe normale et n'est pas dévié. Le fragment cutané greffé mesure 1/2 centimètre de hauteur. On voit nettement en parfaite continuité avec le reste de la face postérieure la portion tarso-conjonctivale greffée. Le cul-de-sac conjonctival inférieur est bien libre, sans symblépharon. La paupière supérieure n'est que très légèrement raccourcie dans sa partie interne et ne présente aucune dénivellation de son bord ciliaire, qui est seulement aminci dans sa partie interne mais n'est pas dévié (voir Planche I, Fig. 2).

7 avril 1926 : La malade est revue. Le résultat est toujours satisfaisant, aucune apparence de récidive n'est constatée ; aucune gêne oculaire, aucune irritation.

Obs. IV. — *Le 11 décembre 1925*, se présente à la consultation de la Fondation ophtalmologique A. de Rothschild M. Lan.., âgé de 61 ans.

Traité, sans résultat, depuis 4 ans par les rayons X pour épithélioma baso-cellulaire de la paupière inférieure gauche.

Le néoplasme occupe plus de la moitié interne de la paupière et s'étend en bas, sur la conjonctive, jusqu'au cul-de-sac (planche II, Fig. 1).

5 janvier 1926 : Extirpation du sac lacrymal pour dacryocystiste chronique.

24 janvier 1926 : PREMIER TEMPS OPÉRATOIRE.

1) Excision large de la tumeur, comprenant la moitié interne de la paupière, dans toute son épaisseur.

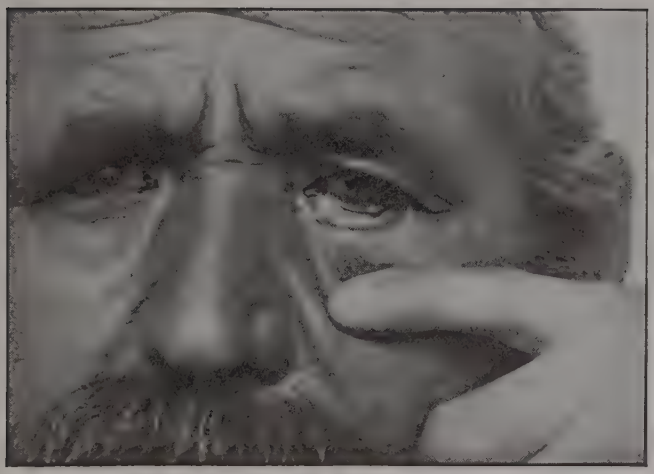

Fig. 1

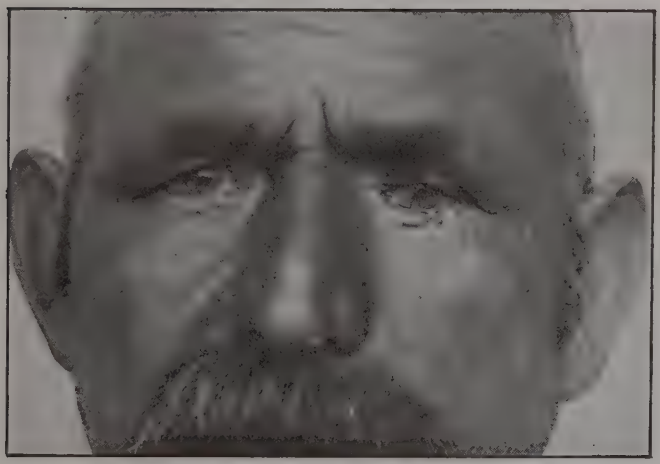

Fig. 2

2) Après incision intermarginale du bord ciliaire supérieur, réunion, par un surjet de catgut, de la lèvre postérieure à la conjonctive du cul-de-sac inférieur et suture à la soie des lèvres cutanées, au-dessus du plan profond.

23 février 1926 : DEUXIÈME TEMPS OPÉRATOIRE, blépharoplastie cutanée.

1° A partir du bord ciliaire, dissection du feuillet cutané de la paupière supérieure, relevant ce bord et découvrant le tarse.

2° Insertion dans la surface cruentée ainsi formée d'un lambeau à pédicule interne, pris dans la peau de la paupière supérieure.

23 mars 1926 : TROISIÈME TEMPS OPÉRATOIRE. Ouverture de la fente palpébrale, par incision suivant le bord ciliaire supérieur, laissant inclus dans la paupière inférieure une partie du tarse de la paupière supérieure et la peau du lambeau cutané.

15 avril 1926 : Bon résultat. La paupière inférieure est bien doublée de muqueuse. Il n'existe pas d'entropion (voir planche II, Fig. 2).

CHAPITRE IV

—

AVANTAGES DU PROCÉDÉ

Le procédé que nous avons décrit et qui s'applique à toute destruction des paupières, partielle ou totale dans la largeur, totale dans l'épaisseur, répond bien aux desiderata, que nous avons cru devoir exprimer, au cours du premier chapitre de notre thèse.

D'une part, il emploie le lambeau à pédicule, qui, actuellement, semble rallier la plupart des suffrages. D'autre part, le plan tarso-conjonctival de la paupière détruite est reconstitué dans tous ses éléments, remplissant le rôle qui lui est normalement attribué, dans des conditions meilleures, en tous cas, que des cartilages d'oreille ou des greffes muqueuses ou épidermiques. Le squelette tarsien, ainsi refait, maintient la paupière et l'entropion ne se produit pas ; la conjonctive bulbaire ne risque pas de s'irriter, le cul-de-sac conjonctival étant reconstitué avec un tissu de même nature et restant libre. La réfection d'un plan tarso-conjonctival, pratiquée quelques semaines avant la greffe cutanée, réalise

une barrière à l'infection ainsi qu'à l'écoulement des larmes et des sécrétions oculaires, qui, si fréquemment, gênent et entravent la greffe du lambeau, cause de déformations palpébrales disgracieuses.

De plus, l'esthétique est encore sauvegardée par la conservation des cils, au niveau du bord libre de la paupière supérieure. Au reproche, qui pourrait être adressé, de raccourcir la paupière saine, et par suite, de n'obtenir qu'une imparfaite occlusion palpébrale, il nous est permis de répondre que, dans les quatre observations signalées, cet inconvénient ne s'est pas présenté.

CONCLUSIONS

I

Les procédés classiques de blépharoplastie, excellents dans les cas de restauration d'une paupière, dont le plan cutané seul est détruit, ne donnent pas toutes satisfactions quand il s'agit de refaire une paupière détruite dans toute son épaisseur, car ils peuvent entraîner de l'irritation oculaire et leurs résultats sont souvent inesthétiques. Aussi a-t-on proposé la réfection dans tous ses éléments, d'une paupière détruite, à l'aide de la paupière saine. Les procédés,s'inspirant de cette idée, et jusqu'ici décrits, ne sont pas à l'abri de toute critique, plus particulièrement au point de vue esthétique, l'ablation des cils étant nécessaire.

II

Notre maître, M. Dupuy-Dutemps, a conçu un procédé de plastique palpébrale, exécuté pour la première fois en 1925 : nous l'avons décrit. Après réunion par suture des plans tarso-conjonctivaux des deux paupières, la brèche cutanée est comblée par un lambeau

pédiculé, ordinairement pris à la peau de la paupière saine et le diaphragme tarso-conjonctival est ensuite sectionné le long du bord ciliaire de la paupière saine.

III

Quatre observations de restauration palpébrale par le procédé décrit : trois pour épithélioma et une pour colobome traumatique, observations accompagnées de schémas et photographies, précisent les différents temps de la méthode et démontrent les bons résultats que son application permet d'obtenir.

IV

La technique employée a pour avantages, non seulement de refaire la paupière détruite par des éléments palpébraux normaux, ce qui empêche toute irritation oculaire, mais aussi, grâce au diaphragme tarso-conjonctival, préalablement constitué, de permettre une greffe cutanée satisfaisante et de conserver les cils, au niveau du bord libre de la paupière saine.

Vu le Doyen,
H. ROGER.

Vu le Président,
TERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

Démétriadis. — Traitement des colobomes cicatriciels (*Thèse de Paris*, 1922).

Frénay. — Traitement chirurgical des plaies de la paupière (*Thèse de Paris*, 1919).

Guyon. — Article Blépharoplastie (in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*).

Kalt. — *Bulletin de la Société d'Ophtalmologie de Paris*, 1892, p 156.

Köllner. — *Société d'Ophtalmologie de Berlin*, premier semestre 1911 et *Archives d'Ophtalmologie*, 1911, p. 743.

Landolt. — *Archives d'Ophtalmologie*, 1880-81, p. 9 et 111.

Landolt. — *Archives d'Ophtalmologie*, 1885, p. 490.

Margerin. — Ectropion cicatriciel. Traitement par greffes dermo épidermiques (*Thèse de Paris*, 1919-1920).

Mauclaire. — *Les greffes chirurgicales.*

May et Bouin. — *Manuel des maladies de l'œil.*

Mirault. — *Annales d'Oculistique* 1851.

Poulard — *Traité d'Ophtalmologie.*

Rollet. — *Revue générale d'Ophtalmologie*, 1903.

Snydacker. — *Archives d'Ophtalmologie*, 1905.

Terrien. — Chirugie de l'œil et de ses annexes.

Terrien. — Réparation des lésions conjonctivales et palpébrales par plaies de guerre (*Archives d'Ophtalmologie*, 1916-1917).

TERSON. — *Encyclopédie française d'Ophtalmologie.*

TRUC, VALUDE et FRENKEL. — *Nouveaux éléments d'Ophtalmologie.*

VALUDE. — Restauration des paupières (*Archives d'Ophtalmologie*, 1889).

VALUDE. — *Bulletin de la Société d'ophtalmologie de Paris*, 1892, p. 159.

1926. — Saint-Amand (Cher) Imp A. CLERC.